

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

231

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PIERRE GEISZ

Interne des Hôpitaux

Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Reims

Ne le 10 Septembre 1903, à Le Chesne (Ardennes)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Cholecysto - Gastrostomie

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

—
1930

ANNÉE 1930

THÈSE

N.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PIERRE GEISZ

Interne des Hôpitaux

Prosecteur à l'Ecole de Médecine de Reims

Né le 10 Septembre 1903, à Le Chesne (Ardennes)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA

Cholecysto - Gastrostomie

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS.

MARCEL VIGNÉ, EDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

—
1930



I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROGER

MM.

ROUVIÈRE.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale, et chirurgie
expérimentale

CUNEO.

ROGER.

STROHL.

DESGREZ.

LEMIERRE.

BRUMPT.

BAUDOUIN.

CLERC

LENORMANT.

ROUSSY.

CHAMPY.

TIFFENEAU.

LEPER.

TANON.

BALTHAZARD.

MÉNÉTRIER.

RATHERY.

MAURICE VILLARET

CARNOT.

BEZANÇON.

ACHARD.

Marcel LABBÉ.

LEREBOULLET.

NOBECOURT.

Physiologie

Physique médicale

Chimie médicale

Bactériologie

Parasitologie et histoire naturelle médicale ..

Pathologie et thérapeutique générales

Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale

Anatomie pathologique

Histologie

Pharmacologie et matière médicale

Thérapeutique

Hygiène et Médecine préventive.....

Médecine légale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée

Hydrologie thérapeutique et climatologie ...

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance ..

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies mentales et des maladies
de l'encéphale

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Clinique des maladies du système nerveux ..

Clinique des maladies infectieuses

H. CLAUDE.

GOUGEROT.

GUILLAIN.

TEISSIER.

DELBET.

HARTMANN.

LEJARS.

GOSSET.

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

TERRIEN.

LEGUEU.

Clinique d'accouchements

COUVELAIRE.

BRINDEAU.

JEANNIN.

Clinique gynécologie

J.-L. FAURE.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..

OMBREDANNE.

Clinique thérapeutique médicale

VAQUEZ.

Clinique oto-rhino-laryngologique

SEBILEAU.

Clinique thérapeutique chirurgicale

Pierre DUVAL.

Clinique propédeutique

SERGENT.

Clinique de la Tuberculose

LÉON BERNARD.

Professeur sans chaire

MAUCLAIRE,

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	DEMELIN.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEI-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	D ^r GAUDARD D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique	LEROUX.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	MERCIER Fernand.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHTER Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
Ophthalmologie	VERNE.
Histologie	VIGNES.
Obstétrique	

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de toute mon affection
et de toute ma reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND ONCLE
LE DOCTEUR EUGÈNE GARAUDEAUX

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

AU DOCTEUR MAURICE LACASSAGNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous a fait,
en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ JACQUINET

Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims

Professeur de Clinique médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut pour nous un maître toujours
bienveillant. Hommage très respec-
tueux.*

A NOTRE MAÎTRE, LE DOCTEUR H. LARDENNOIS

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, et a bien voulu nous guider de
ses conseils et nous aider de son expé-
rience durant notre internat.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRY

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Laryngologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE ET DES HOPITAUX DE REIMS
ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES AMIS DE SALLE DE GARDE

MEIS ET AMICIS

Ce modeste travail devant marquer la fin de nos études, c'est pour nous un réel plaisir d'avoir ici l'occasion d'adresser tous nos remerciements émus à nos Maîtres des Hôpitaux de Reims... à tous ceux qui ont contribué à notre éducation médicale.

— Qu'il nous soit permis de citer ici, en particulier, Messieurs les Professeurs Adrien POZZI, JACQUINET, LARDENNOIS, DE BOVIS; Messieurs les Docteurs BOUVIER et MORANGE, chefs des Services dans lesquels nous avons parcouru les étapes du Stage, de l'Externat, de l'Internat. Qu'ils trouvent ici un témoignage de notre profonde et déférente gratitude.

Au cours de notre vie d'Etudiant, au cours de notre Internat surtout, où il fit si bon vivre quatre années qui furent brèves, nous eûmes le bonheur de rencontrer auprès d'aucuns de nos camarades de franchises et solides amitiés qu'un éloignement et qu'une séparation obligatoire ne pourront altérer.

A tous ceux-là, nous adressons notre plus cordial souvenir.

I. - Avant-Propos

L'acte chirurgical est basé sur l'anatomie
la pathologie, la physiologie

« En donnant l'existence à chaque corps, la nature lui imprima donc un certain nombre de propriétés qui le caractérisent spécialement, et en vertu desquelles il concourt, à sa manière, à tous les phénomènes qui se développent, se succèdent et s'enchainent sans cesse dans l'univers. »

Xavier BICHAT, Anatomie générale.

Tout acte chirurgical nécessite la connaissance parfaite de la maladie pour laquelle on va intervenir : Pathologie.

La connaissance parfaite également de l'organe sur lequel on va intervenir, et des lésions dont il peut être atteint : Anatomie normale et pathologique.

Il faut savoir de même comment l'organe fonctionne normalement et pourquoi il ne fonctionne plus : Physiologie.

— C'est seulement en réunissant ces trois ordres de connaissance que le chirurgien saura pourquoi et comment intervenir.

La thérapeutique chirurgicale — comme du reste la thé-

rapeutique médicale — doit donc être basée sur des données anatomiques, pathologiques, physiologiques.

De fait, chaque jour, des investigations plus savantes, plus poussées dans l'un ou l'autre de ces différents domaines éclairent la chirurgie d'une lumière nouvelle : telle loi physiologique récemment révélée déterminera un opérateur audacieux à s'aventurer pour la première fois dans une voie réputée interdite. Réciproquement, telle opération nouvelle permettra de vérifier une loi qui n'était que soupçonnée, ou même en établira d'inconnues jusqu'alors.

Or, ces derniers temps, des recherches consciencieuses et particulièrement fécondes, entre autres celles faites à Strasbourg par M. le Professeur Weiss nous semblent devoir permettre d'établir le « bien fondé » d'une opération longtemps discréditée : la cholécysto-gastrostomie.

— Ce sera ici notre but et nous nous efforcerons d'y atteindre en nous appuyant, comme nous l'avons dit plus haut, sur l'Anatomie, la Pathologie et la Physiologie.

II. - Anatomie

La région du Duodéno-Pancréas Rapport avec la vésicule, les voies biliaires le colon, les anses grêles, l'estomac

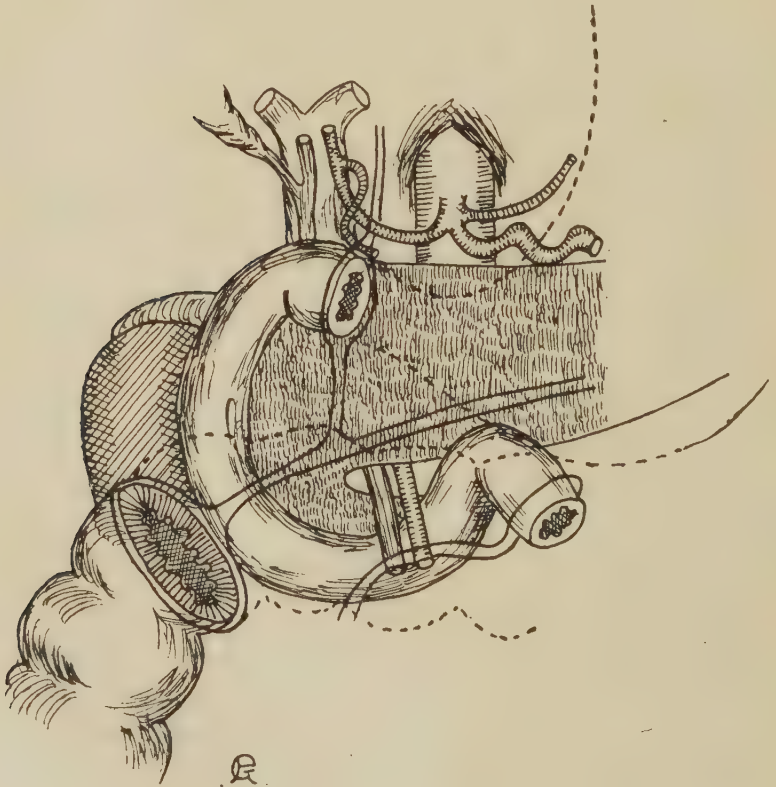
« Il est une espèce d'anatomie qu'on peut appeler anatomie appliquée parce qu'elle s'attache surtout à faire ressortir les applications pratiques qu'on peut faire de l'anatomie à la médecine et à la chirurgie. »

J. CRUVEILHIER.

L'étude de l'anatomie et de la physiologie, la pratique de leur application directe, la chirurgie nous a révélé de nombreuses régions ou la diversité des entités anatomiques en présence, leur plus ou moins grande intrication, leur physiologie particulière, offrent chaque jour, au clinicien, des problèmes complexes à résoudre, et tiennent en réserve pour le chirurgien, une gamme de belles interventions... Nombreuses ces régions, certes, mais il en est peu comme celle du « carrefour » qui aient suscité tant de recherches de la part des physiologistes, peu qui soient aussi fécondes en inter-

ventions diverses... c'est, en effet là qu'entrent en rapport le pancréas, les voies biliaires, le duodénum, le pylore. Etroitement unis topographiquement, ils réagissent sans cesse l'un sur l'autre et souffrent l'un par l'autre.

Avant que d'entreprendre l'étude des indications et de la technique de la cholécysto-gastrostomie, nous rappellerons rapidement la topographie du terrain sur lequel il nous faut évoluer.



Difficilement séparables au point de vue médico-chirurgical... « Les maladies de l'un réagissent sur l'autre et leur histoire pathologique se complique mutuellement (1) ».... Comme du reste au point de vue anatomique pur... « elle se moule (la tête du pancréas) sur la portion verticale de cet intestin (le duodénum), dont elle embrasse la côte interne et postérieure, en s'insinuant dans l'épaisseur de ses parois par quelques grains glanduleux qui accompagnent les conduits excréteurs... (2) » le duodénum et le pancréas (le duodéno-pancréas) méritent d'être étudiés ensemble.

Le duodénum commence au niveau du pylore, là où le sillon pylorique marque nettement l'origine du petit intestin, à hauteur du flanc droit de la première vertèbre lombaire.

Partant donc du pylore, il se dirige en haut, en arrière et à droite, sous le foie jusqu'au col de la vésicule biliaire. Au cours de ce trajet (1^{re} portion) il entre en rapport.

En avant : avec la face inférieure du foie et le col de la vésicule.

En arrière : avec le tronc de la veine porte, le canal cholédoque, l'artère gastro-épiploïque droite.

En haut : avec le petit épiploon.

En bas : avec le bord supérieur de la tête du pancréas ayant atteint le col de la vésicule biliaire, il descend verticalement jusqu'à la partie inférieure de la tête du pancréas (2^e portion). Au cours de ce trajet, il entre en rapport.

(1) Raymond GRÉGOIRE.

(2) SAPPEY.

En avant : avec la racine du méso-côlon transverse.

En arrière : avec la veine cave inférieure, la partie interne de la face antérieure du rein droit, les vaisseaux rénaux, le bassin, la partie supérieure de l'uretère.

A gauche : nous trouvons la tête du pancréas, ses canaux excréteurs, le cholédoque.

A droite : le lobe droit du foie, le côlon ascendant.

Le duodénum se coude alors vers la gauche, et progresse dans cette direction jusqu'à sa rencontre avec les vaisseaux mésentériques supérieurs qui le surcroisent.

Cette 3^e portion est en rapport.

En avant : avec la racine du mésentère qui la croise obliquement, les vaisseaux mésentériques supérieurs, les anses grêles.

En arrière : avec le psoas, la veine cave inférieure, l'aorte, la mésentérique inférieure.

En haut : avec la tête du pancréas.

En bas : avec les anses grêles.

Ayant sous-croisé les vaisseaux mésentériques supérieurs, le duodénum remonte en suivant le flanc gauche de la colonne lombaire et de l'aorte, jusqu'au disque séparant L² de L¹, où il s'unit alors au jejunum en formant un angle maintenu vif par le muscle de Treitz.

Cette quatrième portion est en rapport.

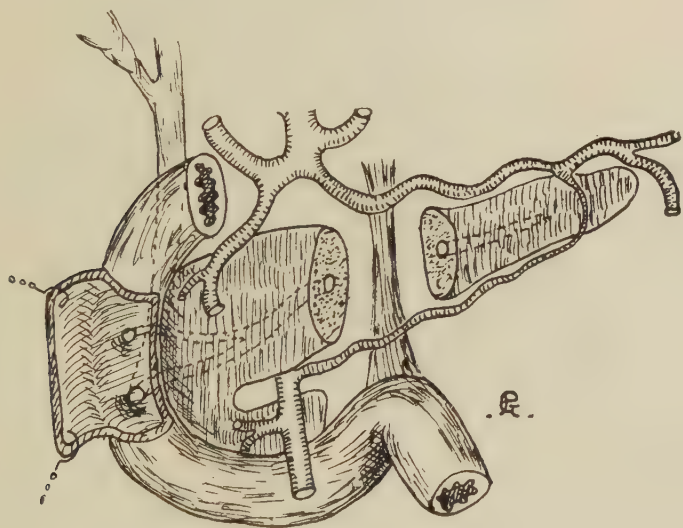
En avant : avec la face postérieure de la petite tubérosité, les anses grêles.

En arrière : avec le psoas, les vaisseaux rénaux gauches.

A droite : avec l'aorte.

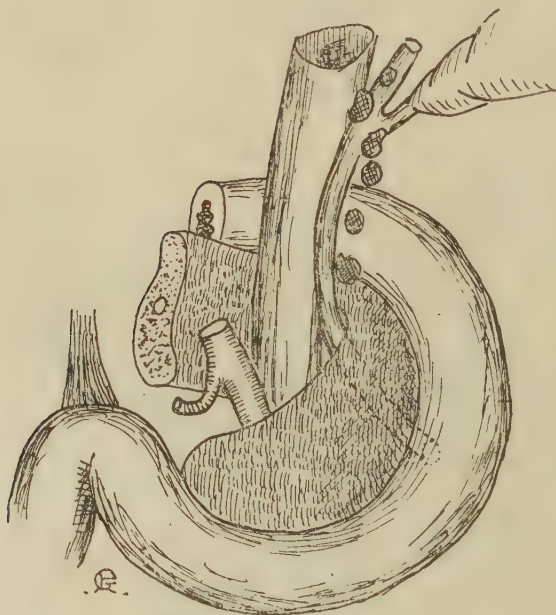
A gauche : avec l'artère colique gauche supérieure et la veine mésentérique inférieure (ces deux vaisseaux constituent l'arc vasculaire de Treitz).

Nous voyons donc que le duodénum, sauf au niveau de sa quatrième portion est constamment en rapport avec la tête du pancréas. Ces deux organes présentent donc, l'un par rapport à l'autre l'image d'une corde et sa poulie : la tête pancréatique étant, en effet, creusée en gouttière pour recevoir trois portions du duodénum.



Il nous est arrivé une fois, au cours de nos dissections d'amphithéâtre de rencontrer un duodénum dont la deuxième portion était presque complètement entourée par du tissu pancréatique, qui n'avait laissé qu'une mince zone du duodénum libre au niveau et son bord droit.

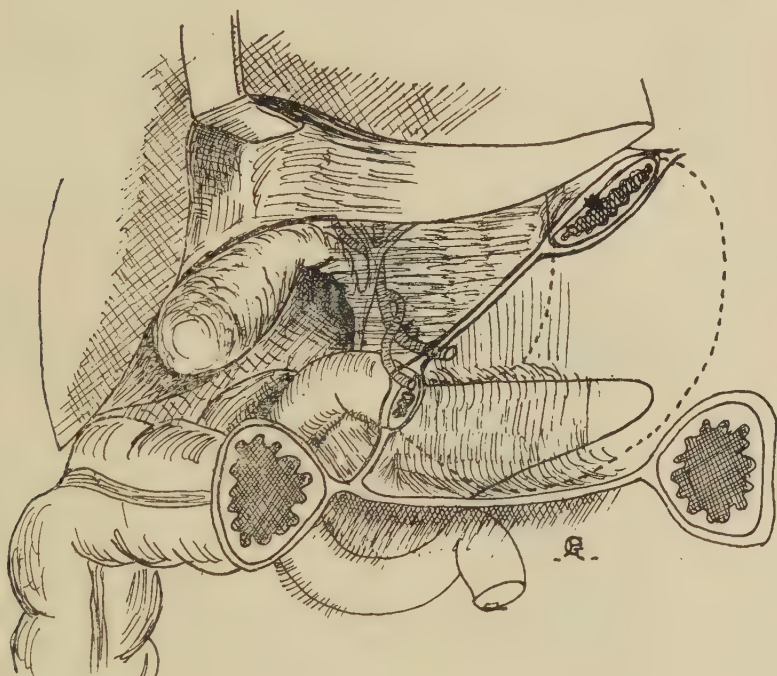
On conçoit donc l'impossibilité devant laquelle on se trouve, de séparer en cet endroit le duodénum du pancréas : en plus, en effet, de leur adhérence naturelle, ils sont mis par les canaux de Wirshung et de Sautorini qui débouchent au niveau de la grande et de la petite curoncule, et par le



canal cholédoque, qui, ayant embroché la tête du pancréas, se recourbe légèrement sur lui-même, croise en arrière le canal de Sautorini, rejoint le canal de Wirshung près de son abouchement au duodénum, et vient s'ouvrir avec lui dans l'ampoule de Vater.

Le duodéno-pancréas est presque tout entier situé en

arrière du péritoine, extra-péritonéal par conséquent, sauf au niveau du segment initial de la première portion du duo-



dénum, qui est revêtue par le péritoine sur tout son pourtour, ses deux bords supérieurs et inférieurs exceptés.

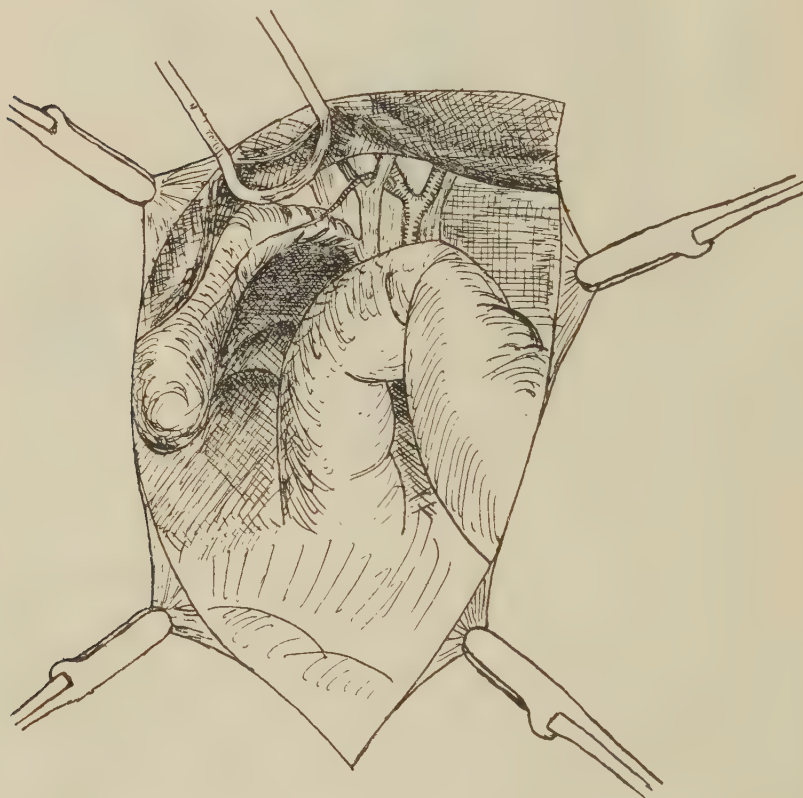
La face antérieure du duodéno-pancréas se trouve donc recouverte par la séreuse, et c'est précisément à ce niveau que nous trouvons la racine du méso-côlon transverse, et plus bas la racine du mésentère, entre les deux feuillets duquel s'insinuent les vaisseaux mésentériques supérieurs.

Situé à l'origine des cloisonnements de la cavité périto-

néale, le duodéno-pancréas apparaît donc dans chacune des divisions de la cavité abdominale.

En haut : l'étage sus-mésocolique avec, à gauche le hiatus de Winslow, l'arrière cavité.

En bas : l'étage sous méso-colique, divisé par le mésentère en espace sous méso-colique droit et gauche.



Nous avons dit plus haut que le bord inférieur de la première portion du duodénum n'était pas recouvert par le péri-

foie : à ce niveau, en effet, les deux feuillets péritonéaux qui revêtaient l'un la face antérieure l'autre la face postérieure du duodénum, arrivés au niveau de son bord supérieur remontent parallèlement vers le foie pour constituer l'extrémité droite de l'épiploon gastro-hépatique (ligament duodéno-hépatique de quelques auteurs.

A l'intérieur de ce petit épiploon nous trouverons le canal cystique et le canal hépatique qui se réunissent pour former le cholédoque, la veine porte, et l'artère hépatique.

Parfois, le bord libre du petit épiploon se prolonge sur la vésicule biliaire, puis de la vésicule descend jusqu'à l'épiploon, en croisant le duodénum et le côlon, formant ainsi un véritable ligament cystico-duodéno-colo-épiploïque, maintenant dans une fixité relative les rapports normaux de la vésicule avec la deuxième portion du duodénum et le côlon transverse.

De cet exposé, nous retiendrons les rapports de la vésicule et du canal hépato-cholédoque avec le pancréas, le pylore, le duodénum et le côlon.

III. - Pathologie

Le syndrome « ictère par rétention » ~ Pathogénie Etude clinique du cancer des voies biliaires de la lithiase, du cancer de la tête du pancréas de la pancréatite chronique

« Le pancréas est, de tous les viscères contenus dans la cavité abdominale celui dont le chirurgien a le moins à se préoccuper, à cause de la profondeur à laquelle il est situé. »

TILLAUX.

LE SYNDROME ICTÈRE PAR RÉTENTION.

L'ictère est un symptôme caractérisé par la coloration jaune des téguments, coloration due à la présence dans le plasma sanguin d'un excès de bilirubine... l'ictère est une hyperbilirubinhémie. Par quel mécanisme les produits biliaires s'accumulent-ils dans le sang au lieu de suivre la voie normale d'excrétion : il est trois éléments qui participent à la formation ou à l'évacuation de la bile :

Les hématies ;

La cellule hépatique ;

Les voies biliaires.

Or, comme l'ont bien montré dans leurs travaux Brulé, Gilbert, Abrami, Widal, la lésion de l'un ou l'autre des éléments suscités, donnera lieu à une forme différente d'ictère pour chacun d'eux.

ICTÈRE PAR LÉSION DES HÉMATIES, d'origine hématogène, rare au point de vue clinique, il se présente sous deux formes :

Hémolytique : Quand la destruction globulaire est due à une fragilité globulaire spéciale ;

Hémolysinique : Quand cette destruction est due à des propriétés particulières du sérum.

Le foie n'intervient donc pas dans cette forme d'ictère, et nous ne trouvons dans l'urine que des pigments sans sels biliaires puisque ceux-ci s'élaborent au niveau de la cellule hépatique.

ICTÈRE PAR LÉSION DE LA CELLULE HÉPATIQUE, d'origine hépathogène, généralement infectieux ou toxique. Le sang est alors intact, les voies d'excrétion normales, le foie lésé.

Il semble que la cellule hépatique déverse dans le sang et non dans les voies biliaires les pigments et les sels biliaires que l'on retrouve dans l'urine.

Dans ces ictères d'origine hépatique, on peut observer la rétention dissociée des pigments ou des sels qui s'accumulent dans le plasma sanguin.

ICTÈRE MÉCANIQUE, PAR LÉSION DES VOIES BILIAIRES. Résultant d'un obstacle s'opposant au passage de la bile, il fut étudié expérimentalement par Saunders, il y a plus d'un siècle, par la ligature du cholédoque.

Depuis les méthodes nouvelles que l'antisepsie d'abord, puis l'asepsie ensuite ont introduites dans l'art chirurgical, les chirurgiens ont osé s'attaquer, et avec succès, aux lésions du carrefour sous hépatique, des voies biliaires et du pancréas. *Pancréas qui n'est plus, pour le praticien d'aujourd'hui, ce qu'il était du temps de Tillaux.*

Le champ de ces interventions nouvelles est particulièrement vaste, aussi envisagerons-nous seulement ici ce qui a trait — ce qui peut avoir trait — à l'anastomose cholécystogastrique, c'est à savoir : les pancréatites et le cancer de la tête d'une part, la lithiase et le cancer des voies biliaires d'autre part.

En somme, toutes affections se traduisant, entre autres symptômes par un ictère d'origine *mécanique*. C'est en effet, dans de semblables affections que le chirurgien pourra apporter au médecin un secours particulièrement efficace, que grâce à une intervention bien conduite, et entreprise dans les délais voulus, on pourra sauver le malade ou tout au moins prolonger son existence et atténuer dans de considérables proportions les souffrances de sa fin.

Qu'il s'agisse d'un ictère par lithiase, par cancer, par pancréatite, la rétention biliaire sera complète, globale; pigments, sels et cholestérine passeront dans le plasma, donnant lieu, à la fois, au syndrome de la cholémie pigmentaire, lié à la rétention de la bilirubine; au syndrome de la cholémie acide, ou cholangémie, due à la rétention des sels biliaires; au syndrome de l'hypercholestérolémie lié à la rétention de la cholestérine.

A) La cholémie pigmentaire se traduit par l'*ictère cutanéomuqueux*, d'intensité variable, variant parallèlement à l'importance de la bilirubinémie : il va du jaune paille au vert olive presque noir.

Une augmentation du taux de la bilirubinémie physiologique, qui passe de $\frac{1}{36.50}$ à $\frac{1}{20.000}$ et même $\frac{1}{1.000}$ (Gilbert, Herscher et Posternack).

Une diminution de la quantité de stercobiline dans les selles : nous disons diminution et non par suppression : la bilirubine du sang, en effet, passe au travers de la paroi intestinale, les pigments biliaires s'éliminent alors par la muqueuse intestinale. Ceci semble venir à l'encontre du fait bien connu, classique, de la décoloration des matières : il n'en est rien, car, en épuisant complètement par des moyens chimiques, la stercobiline des selles normales, on ne leur enlève pas leur coloration, la couleur des selles serait donc due à des pigments encore inconnus ?

La présence de pigments dans les urines : bilirubinurie et urobilinurie. Phénomènes sur lesquels on a échafaudé des théories hépatiques, rénale, entérique, hématique et tissulaire dans les détails desquels nous n'avons pas à entrer.

B) La cholémie acide ou cholestémie correspondant à la rétention dans l'organisme du glycholate et du taurocholate de soude, donnera lieu à : *des troubles de la digestion intestinale*, selles putrides, extrêmement fétides, mastic, d'aspect graisseux. De fait, on s'explique parfaitement cet aspect gras, étant donné le défaut presque total de digestion des graisses.

Des phénomènes d'intoxication par les sels biliaires. On note :

Dans le sang : une augmentation de la résistance globulaire détermine par une réaction défensive de l'organisme contre l'action du taurocholate de soude qui, hémolysant à haute dose, provoque, à faible dose, une réaction de défense antihémolysante.

Des troubles circulatoires : bradycardie, pouls à 50, 30; du dicrotisme parfois, une baisse de la tension artérielle.

Des troubles nerveux : asthénie, rapidité plus grande du rythme respiratoire, frigidité sexuelle, abolition des reflexes et surtout prurit.

Des troubles sensoriels : héméralopsie, xantopsie.

C) L'hypercholestérinémie. Se traduit par deux symptômes essentiels : l'un chimico-biologique, qui correspond à la définition même de l'hypercholestérinémie : l'augmentation de cholestérine dans le sang qui, de 1 gr. 50 en moyenne (état physiologique) peut passer à 2 et 3 grammes; l'autre, cutané : le xantésma, constitue par une accumulation de cholestérine dans les cellules du derme, généralement au niveau de la paupière supérieure, et bien plus rarement, au niveau du pli de flexion du coude (xantésma tubéreux ou xanthome).

Nous venons de décrire ici différents syndromes nous permettant de conclure, sans plus, à un obstacle siégeant sur les voies biliaires et s'opposant à l'écoulement de la bile. Il s'agit là d'ictères essentiellement chirurgicaux, car... « On admet plus qu'une oblitération puisse être réalisée par un

bouchon muqueux inflammatoire, et les ictères infectieux auxquels on attribuait autrefois cette pathogénie, relèvent en réalité d'une lésion du parenchyme hépatique » (Savy, le syndrome ictère). « La lésion susceptible d'oblitérer les conduits biliaires est une lésion matérielle sur laquelle, sauf exception, le traitement médical reste jusqu'ici impuissant » (Widal et Abrami).

Dans ces cas, le traitement chirurgical, que nous exposons ultérieurement, non seulement est bien le seul qui soit de mise, mais encore il ne se prête pas aux tergiversations. Il est bien évident, en effet, que lorsque le cours de la bile est suspendu dans l'hépatocolédoque, la cellule hépatique en subit le contre-coup : lions le cholédoque, nous constatons rapidement des lésions histologiques du lobule, véritable schock de la cellule hépatique, se traduisant par une inhibition réflexe de la sécrétion biliaire.

Donc, tout ictère mécanique au début, peut devenir — deviendra — faute de soins, un ictère par lésion des cellules hépatiques... hâtons-nous donc d'intervenir sur le cholédoque quand nous le pouvons, car dans cet ordre d'idées, les maladies du foie échappent au bistouri.

Etude clinique de quelques ictères chirurgicaux

Le cancer des voies biliaires, le cancer de la tête du pancréas, la lithiase, les pancréatites sont les causes les plus fréquentes des ictères par obstruction.

Certes, nous pouvons également trouver comme cause de cet arrêt dans le cours de la bile, des brides péritonéales, des tumeurs de l'estomac, du rein, du côlon, le cancer nodulaire du foie, le kyste hydatique, l'hypertrophie des ganglions du hile, on a même cité l'anévrysme de l'aorte. Toutefois, ce sont les premiers les plus intéressants, nous allons en établir rapidement les éléments du diagnostic.

CANCER DES CONDUITS BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES.

Ce cancer est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il ne coïncide pas fréquemment avec la lithiase, et siège le plus souvent à la partie moyenne ou à l'extrémité inférieure du cholédoque.

Les voies biliaires sont dilatées au-dessus de l'obstacle, la vésicule est également dilatée si le cancer est sus-duodénal, mais ne l'est pas, en général, s'il est sous-hépatique. Le foie s'hypertrophie. On trouve de l'ascite.

Ce cancer se traduit cliniquement par un ictère, phénomène de début, qui s'installe lentement et va en augmentant progressivement ; il s'accompagne parfois de douleurs épigastriques et de quelques troubles dyspeptiques.

L'ictère noircit, en présentant parfois des variations de coloration dues à ce que l'obstruction n'est pas absolue. Les urines se colorent, les selles se décolorent, le prurit est intense, intolérable.

L'appétit s'en va et parfois on note quelques hémorragies gastriques ou intestinales.

Le malade maigrit et entre dans la phase de cachexie. Il meurt en quelques mois au milieu de phénomènes d'infection ascendante.

CANCER DE L'AMPOULE DE VATER.

Ictère chronique, par rétention, évoluant sans phénomènes douloureux. L'intensité de la coloration, très variable a été attribuée à :

1° Des phénomènes spasmodiques à l'orifice du cholédoque ;

2° Une turgescence plus ou moins marquée de la muqueuse du canal ;

3° Une disposition en soupape du néoplasme.

Hanot attribuait une grande importance diagnostique à cette variation dans l'intensité de l'ictère, mais ce caractère est loin d'être constant et l'ictère est bien souvent continu et inexorablement progressif.

On trouve une vésicule distendue, selon la loi de Courvoisier-Terrier, un foie hypertrophié, avec méléna, stéarrhée. Amaigrissement, cachexie. Mort dans le coma.

LITHIASSE DES VOIES BILIAIRES.

Elle se manifeste surtout par des troubles dyspeptiques et des phénomènes douloureux : le malade éprouve une sensation de pesanteur à l'épigastre, survenant une demi heure à trois quarts d'heure après les repas, avec flatulences et éructations ; ces phénomènes disparaissent après vomissements. Ils constituent le *syndrome précoce de la dyspepsie initiale* (Moynihan). Les syndromes tardifs sont plus fréquents peut-être : quatre à cinq heures après les repas apparaissent des douleurs violentes avec irradiation dorsale ou scapulaire s'accompagnant parfois de vomissements bilieux ou alimentaires.

Sont caractéristiques également la diarrhée prandiale et la crise gastralgique décrite par Chauffard. Chez ces sujets, sans écart de régime ou cause alimentaire nette, mais souvent après une fatigue physique, des secousses brusques ou un choc émotif, apparaît une épigastralgie douloureuse, une sensation de constriction, de crampe viscérale ; la crise est, en général assez tardive par rapport aux repas, elle dure plus ou moins longtemps, se calme ou cesse après des applications chaudes à l'épigastre. Une fois la crise passée, le fonctionnement gastrique redevient normal. Cette allure paroxystique, cette absence de toutes douleurs dans l'intervalle des crises, voilà le fait significatif, celui qui doit nous mettre en garde ; cette crise gastralgique n'est pas comparable aux phénomènes dyspeptiques vagues du début. « C'est un type douloureux net. » (Noël Fiessinger.)

Nous venons de décrire ici les petits signes de la lithiase ou « lithiase stagnante », sur lesquels Moynihan a beaucoup insisté au Congrès de Chirurgie de Bruxelles, en 1908, petits signes qui permettent de dépister la lithiase si on les recherche, avant l'apparition de la colique hépatique, due aux accidents de migration du calcul dans les voies biliaires.

La douleur est alors violente, elle siège dans l'hypochondre droit, s'irradie vers l'épigastre, l'ombilic, l'épaule droite. Le malade, angoissé, se tient immobile en chien de fusil. La vésicule est parfois distendue (parfois seulement, pas toujours) faisant saillie en dehors du droit de l'abdomen sous le rebord costal. Le foie s'est hypertrophié. On observe des vomissements, une légère fièvre, les urines se foncent, les matières se décolorent, l'ictère apparaît le surlendemain de la crise.

Toutefois, deux cas sont à considérer, selon que l'obstruction siège sur le cystique ou sur le cholédoque.

Obstruction du cystique. — L'ictère fait défaut, mais la vésicule est isolée de la circulation biliaire, elle se rétracte et s'atrophie, ou au contraire se dilate énormément (hydropisie de la vésicule).

Obstruction du cholédoque. — L'ictère par rétention apparaît alors, classique; il est intense, persistant, s'accroît jusqu'au vert olive, vert noir, les matières deviennent mastic, et les urines acajou — si l'on intervient pas, la mort arrive assez vite, au milieu des phénomènes d'intoxication et d'infection.

C'est, en somme, le tableau que nous avons peint à pro-

pos du néoplasme des voies biliaires, la douleur étant mise à part (Or, la colique hépatique n'est pas obligatoire).

S'agit-il d'une obstruction du cholédoque par calcul ou d'une occlusion par tumeur ? Un signe est à considérer, celui de Courvoisier-Terrier. « Dans le cas d'une obstruction lithiasique, la vésicule est ordinairement atrophiée ; dans le cas d'une obstruction cancéreuse, elle est dilatée, volumineuse, formant une tumeur de contours nets qui coïncide avec l'ictère olivâtre et la rétention. » Malheureusement, il n'est pas de règle sans exception et bien des laparotomies ont trouvé en défaut celle que nous venons de citer.

CANCER DE LA TÊTE DU PANCRÉAS.

La symptomatologie du cancer de la tête du pancréas est surtout une symptomatologie d'emprunt : c'est un syndrome de compression des voies biliaires.

Le diagnostic en est difficile au début : les malades maigrissent, perdent leur force, phénomènes qu'ils attribuent fréquemment à des troubles digestifs banaux.

Parfois cependant, des démangeaisons et une teinte sub-ictérique peuvent aiguiller le clinicien vers un diagnostic exact.

A la période d'état, l'ictère fait son apparition, léger, localisé aux muqueuses et aux conjonctives. A la paume des mains où l'on ne songe pas toujours à le rechercher — Il met des semaines, parfois des mois pour atteindre sa coloration maxima, mais s'il progresse lentement, il progresse

inexorablement et passe du jaune pâle, au jaune ocre, au vert olive, au bronze. Il est définitif, sauf peut-être aux approches de la mort : le malade pâlit par acholie.

Les selles sont mastics, les graisses non digérées les enrobent d'un enduit huileux (stéarrhée), l'urine devient noire, tache le linge (cholurie pigmentaire), le sérum sanguin lui-même prend une coloration jaune orange (cholémie pigmentaire).

A ce moment, les examens de laboratoire nous donnent les résultats suivants :

On trouve 1 gr. de bilirubine pour 900 cm³ de sérum au lieu de 1 gr. pour 3.700.

La cholestérine s'élève à 5 et 6 grammes au lieu de 1 gr. 60.

Le prurit atteint une intensité telle qu'il enlève tout repos au malade, qui se couvre de lésions de grattage.

Par contre, la douleur est faible, à peine une gêne légère dans l'hypochondre droit.

La vésicule se dilate (Courvoisier-Terrier), elle est mobile et suit les mouvements respiratoires. Du fait de la cirrhose par rétention, le foie s'indure, se sclérose, diminue de volume. La tumeur pancréatique — outre qu'elle est inconstante — est difficilement décelable ; la paroi, l'estomac, le côlon transverse rendent le pancréas difficilement accessible aux investigations.

Cet ictère que nous venons de décrire est banalement un ictère par rétention. C'est la dyspepsie pancréatique qui est un des principaux éléments du diagnostic : anorexie, dégoût

des graisses et des viandes, stéarrhée, parfois lipurie, vomissements simples ou grasseyeux.

Lœper et Rathéry ont décrit une augmentation considérable de l'amylase sanguine et urinaire, accompagnée d'une disparition presque absolue de l'amylase fécale.

La glycosurie n'est pas fréquente, sauf peut-être au début. On l'observe dans environ 30 % des cas.

L'évolution de la maladie est parallèle à la marche de l'ictère : continue, progressive, inexorable.

Le malade maigrit, l'insuffisance hépatique s'installe, avec hémorragie, ascite parfois. La cachexie progresse, et le malade meurt, par hémorragie ou infection ascendante. La maladie a duré quatre à huit mois.

PANCRÉATITE CHRONIQUE.

Daviau, en 1906, trace un tableau clinique de la pancréatite chronique basée sur 117 observations. Il signale l'âge : 40 à 50 ans, des crises douloureuses, des troubles gastro-intestinaux, de l'amaigrissement, un ictère évaluant par poussées successives, des hémorragies. Voilà pour les signes fonctionnels, car on a décrit aussi des signes physiques, en particulier, « une tumeur, dure comme le fer, grosse comme le poing. » N'ayant pas l'expérience suffisante pour juger de la vérité de cette assertion, nous avons interrogé nos maîtres, qui n'ont jamais vu de signes physiques aussi nets. Nous n'en avons pas non plus trouvé confirmation dans la littérature médicale.

Nous croyons donc que le diagnostic différentiel entre la pancréatite chronique et le cancer de la tête n'est possible qu'après laparotomie et même ne l'est-il pas toujours après incision, voir même après biopsie : il suffit d'un bien petit noyau pour comprimer le cholédoque et le Wirshung, et donner ainsi lieu au syndrome pancréatico-biliaire, noyau si petit que la biopsie ne l'intéressera pas forcément. « Seule l'évolution est susceptible de faire reconnaître la pancréatite chronique avec ictère, dans la très grande majorité des cas, le diagnostic de ce syndrome n'est qu'un diagnostic d'exclusion » (Parmentier et Chabrol).

Les maladies que nous venons d'envisager successivement dans leurs manifestations cliniques ont un symptôme commun, c'est l'ictère par obstacle sur le cholédoque, ictère mécanique, chirurgical, dont la thérapeutique s'impose immédiatement à l'esprit : il faut dériver ou rétablir le cours normal de la bile. Opérations palliatives ou curatives selon les cas, mais dont les malades se trouveront toujours bien.

Différents procédés s'offrent à nous, soit que nous voulions travailler sur l'hépto-cholédoque où la vésicule d'une part, soit, d'autre part, que nous voulions aboucher vésicule ou voies biliaires à la peau, au duodénum, au jéjunum, au côlon, anastomoses possibles, comme nous l'avons montré au cours du rappel anatomique que nous avons fait de la région, au début de ce travail.

Entre les nombreuses interventions possibles — et toutes pratiquées. — laquelle choisirons-nous ? Problème que la physiologie nous aidera à résoudre.

IV. - Physiologie

La bile peut sans inconvénient arriver dans l'estomac

Le reflux duodénal (Boldyreff ~ Références)

Pathogénie de l'ulcus (Weiss et Gurriaran)

Etude de l'acidité gastrique ~ (Références)

Discussion sur la cholecysto-gastrostomie

« Per varios usus artem experientia fecit exemplo monstrante viam. »

*C'est par différentes épreuves que l'expérience a produit
l'art, l'exemple d'autrui nous y servant de guide.*

Essais de MONTAIGNE.

Nous voudrions démontrer ici que la bile peut sans inconvénient être artificiellement dérivée dans l'estomac.

Nous avons, pour ce faire, réuni une documentation suffisamment abondante d'où il ressort que, normalement, la bile franchit le pylore et pénètre dans l'estomac. Nous savons d'autre part, que les milliers de gastro-entérostomies pratiquées chaque année, produisent, artificiellement, un phénomène analogue, sans inconvénient pour les opérés.

En 1904, Boldyreff a montré que si l'on introduit, par une fistule, des corps gras dans l'estomac d'un chien, il se produit un reflux du suc pancréatique mélangé à du suc des glandes de Brünner. Il est évident que, au niveau du duodénum, suc pancréatique, bile, suc intestinal étant intimement mélangés, le reflux ne peut être électif et se produit également pour la bile.

En juin 1927, A. Boresco, Bèclère et Porcher publient (Arch. Méd. app. dig.) une étude des mouvements du duodénum. Il résulte de leurs observations qu'à l'état normal, le duodénum présente trois sortes de mouvements :

1° Les mouvements servant au brassage des aliments, effectués par des mouvements pendulaires ;

2° Les mouvements servant à leur progression ou à leur évacuation : mouvements péristaltiques ;

3° *Des mouvements antipéristaltiques normaux* d'observation particulièrement difficile, mais qu'ils ont noté avec certitude.

En 1925, Hirschberg et Ganskaau, étudiant chimiquement la sécrétion gastrique publient des « erreurs tenant au reflux duodéal. »

En juin 1927, Bolton et Salmond (Lancet) étudiant le reflux duodéal, publient les résultats suivants : « L'antipéristaltisme augmente le temps de passage des aliments dans le duodénum, et assure leur mélange avec les sucs digestifs.

Au cours de la digestion, le sphincter pylorique se détend, permet le reflux des aliments du duodénum dans l'estomac et régularise l'acidité du suc gastrique.

Bockus (*Paris Médical*, 6 avril 1929) montre que la bouillie barytée introduite dans le duodénum remonte dans l'estomac.

Chabrol, dans la *Presse médicale* (3 février 1926) publie, à propos du tubage de Heinhorn, une épreuve radiologique montrant la distension d'un bulbe duodénal normal par le reflux antipéristaltique de bouillie barytée.

Nous pourrions nous arrêter là, ayant montré, nous l'espérons, que la présence de bile dans l'estomac ne saurait être considérée comme une anomalie, ne saurait être nuisible. Or, non seulement la présence de bile ne saurait être nuisible, mais comme l'ont montré les travaux de Weiss et Gurriaran (communication à la Société de Chirurgie, 8 janvier 1930), elle serait nécessaire dans le processus de défense de la muqueuse gastrique contre l'ulcus.

Voici, résumées, les expériences et les conclusions du Professeur Weiss :

1° Dérivation des sucs alcalins duodénaux dans l'iléon.

La technique opératoire est la suivante : on sectionne le duodénum immédiatement en dessous de l'abouchement du dernier canal pancréatique.

Le bout afférent est immédiatement abouché dans l'iléon par une anastomose termino-latérale.

On sectionne le pylore et on ferme en bourse la tranche duodénale.

Anastomose termino-terminale avec l'anse afférente du duodénum.

Cette dérivation des sucs duodénaux a pour conséquence

la formation d'ulcères duodénaux chroniques absolument caractéristiques.

2° Dérivation isolée de la bile et du suc pancréatique.

La dérivation de la bile est facile, par section du cholédoque et anastomose cholécysto-iléale (sur trois chiens en expérience, l'un d'eux présente un ulcère, les deux autres ont du méléna).

La dérivation pancréatique, plus délicate ne semble pas avoir donné de résultats précis. Toutefois, notons l'observation du Professeur Hedon, qui ayant pratiqué des centaines de pancréatectomies totales, et ayant, bien entendu, de ce fait supprimé l'arrivée des sucs pancréatiques, n'a jamais observé de lésions ulcéreuses gastro-duodénales.

De ces deux séries d'expériences, il ressort ceci : la dérivation de tous les sucs duodénaux provoque l'ulcère, la dérivation isolée des sucs en provoque aussi, mais moins fréquemment. Là encore, c'est l'absence de bile qui paraît favoriser le processus ulcéreux.

Le Professeur Weiss dans d'autres séries d'expérience, étudie ensuite l'équilibre chimique gastro-intestinal, les résultats paraissent flous. De fait, les résultats des expériences faites à ce sujet, en France et à l'Etranger sont fréquemment contradictoires ; par exemple, Friedenwald et Sindler (*Journ. of the amer. med. assoc.*, 1921 en pratiquant des prélèvements de demi heure en demi heure chez des sujets sains, trouvent que le taux de l'alcalinité et la teneur en ferments du liquide duodénal sont au maximum à jeun, dimi-

nuent après les repas, puis se relèvent graduellement. Leur courbe est indépendante de celle de l'acidité gastrique.

V. Potté (Moscou, 1924) montre que le reflux duodénal se produit surtout à jeun et à la fin de la digestion, indépendamment du degré d'acidité.

Carnot et Mlle Gruzenska (Soc. biologique, 27 juin 1925) recherchent expérimentalement si la sécrétion acide du suc gastrique influence l'alcalinisation de la bile et du suc pancréatique. Ayant provoqué une sécrétion gastrique abondante par l'histamine, ils ont recherché le Ph. des sucs recueillis par fistule cholédocienne et pancréatique.

Lorsque l'acidité gastrique augmente, l'alcalinité biliaire augmente rapidement, au contraire, l'alcalinité pancréatique ne varie pas sensiblement, seule la rapidité d'écoulement augmente.

L'acidité gastrique est donc automatiquement compensée par une augmentation d'alcalinité biliaire.

Tout dernièrement enfin, Weiss constatait que chez les chiens en expérience, le taux d'acidité gastrique restait immuable avant et après l'intervention dérivant les sucs alcalins duodénaux. Il serait donc impossible d'invoquer l'acidité comme facteur efficient de l'ulcère.

Quoiqu'il en soit, des expériences de Weiss et de l'observation de Hedon, il ressort ceci, quant à la pathogénie de l'ulcus :

a) La dérivation duodénale complète provoque toujours l'ulcère ;

b) La dérivation biliaire provoque parfois l'ulcère ;

c) La dérivation pancréatique seule ne provoque jamais l'ulcère.

Nous concluons donc que l'absence du reflux biliaire dans l'estomac a un rôle prépondérant dans le processus ulcéreux, et, par raison réciproque, que l'on évitera peut-être l'ulcère en dérivant la bile dans l'estomac.

C'est, du reste, une opinion qu'a émis sous toute réserve M. le Professeur Pierre Duval, à la Société de Chirurgie, le 8 janvier 1930. « Si l'on accepte les données de Weiss, la gastro-entérostomie n'agirait qu'en ramenant dans l'estomac les liquides alcalins duodénaux, dont il avait été privé. » Opinion que l'on peut appuyer sur les observations suivantes :

Bogoras (Archiv. für Klinische Chirurgie, 26 janvier 1925) montre, par une série d'observations personnelles, que la bile, outre son action neutralisant actuellement reconnue par tous peut jouer un rôle de défense de la muqueuse gastrique et crée en tous cas des conditions favorables à la cicatrisation des ulcus.

A. Trenkel (Zentral. Blatt für Chirurgie, 4 juillet 1925) rapporte 21 cas d'ulcus traités par gastro-cholécystostomie (Bogoras) et enregistre un seul échec.

Bref, si la présence de bile dans l'estomac n'est pas utile — et nous croyons avoir montré le contraire — il n'en reste pas moins établi qu'elle n'est pas non plus nuisible. C'est là un point sur lequel les chirurgiens et les physiologistes furent rapidement d'accord, mais les détracteurs de l'anastomose cholécysto-gastrique répondirent que si l'arrivée

de la bile dans l'estomac était bien un phénomène physiologique, il n'en était pas de même du reflux qui ne manquerait pas de se produire, de l'estomac dans la vésicule. « *C'est pourquoi la cholécysto-gastrostomie n'est pas une bonne opération* » (Professeur Lambret, Société de Chirurgie de Paris, 29 juillet 1927). « *Cette opération a déjà survécu à de nombreuses autres condamnations. Nous ne pensons pas que cette dernière soit sans appel* » (Réponse de M. le Professeur L. Bérard. *Journal de Chirurgie*, 3 mars 1928).

Au reflux gastrique — quand il se produit — faut-il préférer le reflux duodénal, ou même le reflux colique ? Nous ne le croyons pas, le contenu gastrique étant, en général, moins septique que le contenu intestinal.

D'autre part, nous trouvons dans le *Journal de Chirurgie*, en mars 1928, une étude du Professeur Bérard, de Lyon, sur la physiologie et la technique de la cholécysto-gastrostomie *continente*. Cet auteur cite Jaboulay, le Congrès de Chirurgie américain de 1921, les publications de Delore et Wertheimer, Villard, Richer, Cotte, les rapports du congrès de chirurgie français avec Villard et Mathieu (1923).

De l'opinion de ces chirurgiens, la cholécysto-gastrostomie serait en pratique la plus rationnelle des anastomoses biliaires, en effet, *l'anastomose cholécysto-gastrique* est aussi facile que l'anastomose avec le côlon ou avec le grêle. *L'anastomose avec l'estomac* n'a pas l'inconvénient de priver un segment du tube digestif du flux biliaire qui lui est nécessaire (N'est-ce pas d'abord une cholécysto-colostomie que Poirier et Terrier pratiquèrent sur Waldeck-Rousseau, opé-

ration qui se montra par la suite insuffisante, et que Kehr voulut compléter en 1904, par une intervention particulièrement audacieuse... à laquelle le malade ne survécut point).

L'arrivée de la bile dans l'estomac est sans inconvénient peut-être même est-elle utile.

L'estomac étant moins septique que les autres parties du tube digestif, le reflux de son contenu serait moins dangereux pour la vésicule. On peut, du reste, éviter ce reflux, en grande partie tout au moins, en pratiquant une bouche continente.

« Il suffit de placer sagittalement le clamp sur le fond de la vésicule de façon à déterminer un bourrelet allongé d'avant en arrière, puis l'aide amène à son contact l'antré qu'il fait saillir et qu'il comprime à l'aide de deux doigts engagés à sa face profonde.

La suture séro-séreuse de la lèvre droite de l'anastomose est faite, puis la paroi antérieure de l'antré est incisée, bien perpendiculairement au grand axe et parallèlement au pyllore, sur trois à quatre centimètres, ainsi que le fond de la vésicule; le surjet du côté droit est effectué, musculo-musculaire et muco-muqueux. On termine par une suture à trois plans des lèvres gauches des incisions vésiculaires et gastriques qui se font très aisément, si l'on prie l'aide de présenter cette lèvre gauche en avant par une traction en bas et à droite du corps de l'estomac.

Cette technique nous semble suffire à assurer une bouche anastomotique à la fois valvulée et continente... elle nous a paru dans chaque cas présenter le maximum de garanties

fonctionnelles (L. Bérard. *Journal de Chirurgie*, mars 1928).

La cholécysto-gastrostomie est la meilleure méthode parmi les anastomoses de la vésicule avec le tube digestif. Cette intervention, pleinement physiologique est une des meilleures interventions de dérivation biliaire (Compte rendu de J. Sénèque dans le *Journal de Chirurgie* (décembre 1926) à propos du livre de Mallet Guy sur les pancréatites chroniques avec ictère). Nous la croyons capable d'amener la guérison dans les pancréatites chroniques et de donner une longue survie dans les cas de cancer de la tête du pancréas, en adoucissant beaucoup les derniers moments du malade.

V - Observations

« Acquérir de l'expérience et s'appuyer sur l'observation est autre chose que faire des expériences et faire des observations. »

Claude BERNARD.

OBSERVATION I

(Inédite, due à Monsieur le Professeur H. LARDENNOIS)

Octave L..., âgé de 64 ans, demeurant à Mourmelon-le-Grand, est adressé par le Docteur Vitalis à la clinique particulière pour « ictère chronique ». Il entre le 28 septembre 1925.

Antécédents : Ethylisme.

L'ictère a commencé il y a trois mois, il y a eu successivement deux périodes d'ictère progressif et deux accalmies. Depuis huit jours, pour la troisième fois, l'ictère se fonce et s'aggrave de plus en plus malgré le traitement médical.

Les matières sont couleur mastic, ou cendrées, très fétides. Les urines renferment une forte proportion de pigments biliaires et de sels biliaires.

Il y a de la bradycardie et un prurit très marqué : on constate des lésions de grattage assez étendues. La vésicule

est volumineuse, on peut la déceler aisément à l'inspection, et surtout à la palpation et à la percussion.

Le malade a d'ailleurs beaucoup maigri depuis 3 mois, ce qui rend l'exploration du foie et de la vésicule plus aisée. Il existe une certaine sensibilité de la région pré-hépatique et sous-hépatique.

La température n'atteint pas 38° le soir.

Pas d'antécédents de coliques hépatiques.

Préparation du malade :

Sérum glucosé.

Lavement stilligoutte à l'urotropine.

Chlorure de calcium « per os » à la dose de 4 grammes par jour.

Opération le 1^{er} octobre 1925.

Opérateur : Professeur H. Lardennois.

Assistant : Docteur J. Billard.

Anesthésiste : Docteur Vitalis.

Le malade pusillanime refuse l'anesthésie locale, on pratique l'anesthésie générale à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne, après piqure d'atropomorphine.

Incision de Kehr (seconde manière) : verticale, de l'appendice xiphoïde à mi-chemin de l'ombilic, puis transversale jusqu'au bord externe du muscle grand droit de l'abdomen — il n'est pas nécessaire de compléter la baïonnette —.

Position de Mayo-Robson.

On aperçoit la vésicule biliaire, jaunâtre, tendue, de la taille d'une grosse poire. A la palpation, on ne sent pas de calcul.

Le cholédoque est également jaunâtre et distendu. A la palpation, on ne sent pas là non plus de calculs.

On essaie de décoller le duodénum pour explorer plus facilement l'extrémité inférieure du conduit, mais on sent au niveau de la tête du pancréas une tumeur dure, infiltrée, qui est la cause de la rétention biliaire. Le décollement amène une petite hémorragie qu'il est difficile de juguler.

Le diagnostic est donc : tumeur du pancréas ou pancréatite chronique. Une intervention radicale étant impossible, il faut se résigner à une opération palliative, et dériver la bile dans le tube digestif. Le duodénum est sain, on ne sent aucun calcul au niveau de l'ampoule de Vater. Rien au pylore.

Comme la vésicule est distendue, elle se trouve au contact de l'antrum pylorique et une anastomose paraît aisément exécutable.

Cholécysto-gastrostomie :

Ponction et vidange de la vésicule avec l'aspirateur. Il est facile de rapprocher le fond de la vésicule de l'antrum pylorique.

Etablissement d'une anastomose large d'un centimètre — selon la technique de la gastro-entérostomie — surjet postérieur séro-séreux au fil de lin, surjet muco-muqueux, puis surjet antérieur séro-séreux.

Pour éviter tout écoulement de bile, et prévenir toute fistule, je ramène une extrémité de l'épiploon au-dessous de l'anastomose, puis en avant, et je la fixe dans cette position. En refermant le péritoine pariétal une frange de cette extrémité d'épiploon est laissée entre deux points de suture.

Ainsi, dans le cas où nous aurions la complication d'une fistule, la bile s'infiltrant le long de la frange épiploïque, aurait formé une collection sous-cutanée facile à ouvrir et à drainer.

Suites. — Toutes ces précautions étaient vaines, les suites opératoires sont tout à fait bénignes, l'ictère s'efface peu à peu, les urines s'éclaircissent, les matières se recolorent.

Le malade sort de la clinique le 26 octobre avec un excellent état général et commence à engraisser.

J'ai continué à recevoir des nouvelles de cet opéré par son gendre, instituteur à Auberives et par mon ami Vitalis. En 1927. L... fut atteint d'hémiplégie droite avec aphasie. Il put surmonter les complications de cet ictère et continue malgré cette hémiplégie à mener une vie au ralenti. Il vivait encore le 15 mars 1930.

OBSERVATION II

Inédite, due à M. le Professeur H. LARDENNOIS

Madame B..., 52 ans, cultivatrice, entre à la clinique particulière pour un ictère remontant à six semaines, et qui a présenté des périodes d'augmentation et de diminution.

On note du prurit, de la bradycardie. Les matières sont décolorées.

Intervention le 8 février 1926.

Anesthésie à l'éther.

La vésicule est distendue ainsi que le cholédoque. On ne trouve pas, à la palpation la plus minutieuse, de traces de

calculs. Par contre, derrière le duodénum on sent une masse dure infiltrant la fin du canal biliaire.

Encouragé par l'exemple du premier malade, je pratique une cholécysto-gastrostomie selon la même technique.

Je laisse un drain par où coule un peu de bile les premiers jours. Ultérieurement les suites opératoires deviennent satisfaisantes.

La malade quitte la clinique cinq semaines après, elle vivait encore en 1928.

OBSERVATION III

Inédite (Professeur H. LARDENNOIS)

Monsieur S..., ouvrier menuisier portugais, résidant à Reims, atteint d'ictère dont le début remonte à deux mois environ, 53 ans. Matières très foncées, urines décolorées, mais abondantes. Constipation habituelle.

Intervention le 13 juin 1926.

On trouve une vésicule grosse comme le poing et, en remontant vers le cystique et le carrefour, des adhérences serrées dont la libération amène un saignement diffus assez inquiétant. On ne sent pas de calcul.

Le malade étant assez affaibli, et la libération du cholédoque paraissant difficile et dangereuse, on prend le parti de pratiquer une cholécysto-gastrostomie selon la technique habituelle.

Les suites opératoires ont été assez mouvementées, mais

après une semaine on voit l'ictère diminuer et les matières se recolorer.

L'opéré quitte la clinique au bout d'un mois avec un état général encore assez précaire.

Il retourne ensuite dans son pays et je n'ai plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION IV

Inédite (Professeur H. LARDENNOIS)

Jules M..., de Mourmelon-le-Petit, 54 ans. Ethylique ayant mené une vie orageuse. Envoyé par le Docteur Vitalis.

Depuis un mois, sans antécédents de coliques hépatiques, ce malade est atteint d'un ictère qui fonce et augmente de plus en plus, sans aucune rémission ni alternative. Les matières sont décolorées, il n'y a pas de douleurs, la fièvre est légère, le prurit sans intensité.

Pouls à 70.

Le malade est assez affaibli, et, ce qui est d'un mauvais pronostic, on note de l'oligurie.

Après avoir tenté de remonter le malade par la médication classique, une intervention est pratiquée le 5 janvier 1929.

J'avais pratiqué l'anesthésie locale, mais je suis obligé d'avoir recours à l'anesthésie générale à l'éther.

Position de Mayo-Robson.

Incision de Villard.

On trouve une vésicule jaunâtre, à demi gonflée. J'essaye d'explorer le cystique.

Au carrefour on observe une grosse tumeur qui englobe tous les organes de la région.

On ne peut remonter ni le canal hépatique, ni le canal cholédoque.

J'essaye d'inciser le péritoine en dehors du duodénum et de le retourner, mais je suis arrêté par un suintement en nappe.

La seule ressource est donc de pratiquer la cholécystogastrostomie.

On établit une anastomose avec deux plans de suture, et on applique par dessous et en avant, une extrémité de l'épiploon.

Fermeture de la paroi en laissant un drain.

Le soir la température monte à 39°. Le malade est gêné pour respirer et on observe dès le lendemain tous les signes d'une congestion pulmonaire.

Malgré tous les soins, l'opéré très affaibli succombe le 5^e jour.

OBSERVATION V

(THÉVENARD. *Société de Chirurgie de Paris*, 10 juin 1929)

« Métivet opère un malade avec le diagnostic de rétention biliaire par calcul du cholédoque.

A l'intervention, l'exploration des voies biliaires est né-

gative, mais la tête du pancréas est nettement augmentée de volume.

M. Métivet pratique une cholécysto-gastrostomie.

Le malade guérit, mais dix-huit mois plus tard meurt d'une affection intercurrente.

A l'autopsie, on constate la disparition de toute lésion de la tête du pancréas qui a un aspect absolument normal, et, fait à noter, la fistule gastrique s'est spontanément fermée. »

Ce même cas est rapporté par M. Métivet lui-même dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 27 avril 1929.

OBSERVATION VI

Professeur LECÈNE, in Lecène et Leriche.

Thérapeutique Chirurgicale

« La seule opération raisonnable dans le cas de cancer de la tête du pancréas, c'est l'anastomose de la vésicule biliaire avec le tube digestif. Autrefois, on faisait volontiers la cholécysto-jéjunostome, aujourd'hui, on fait, de préférence, et avec raison, la cholécysto-gastrostomie, excellente opération très simple et très sûre.

Elle peut donner des survies importantes (un an ou dix-huit mois dans les cas favorables), en tous cas, elle supprime l'ictère et le prurit abominable qui torture souvent les malades.

Dans un cas de cancer de la tête du pancréas, j'ai eu l'occasion de faire une cholécysto-gastrostomie qui donna

huit mois de vie absolument normale au malade. A ce moment, survinrent des accidents de sténose sous-pylorique, dus à l'envahissement du duodénum par le néoplasme. Je fis une gastro-entérostomie et le malade vécut encore six mois. »

OBSERVATION VII

Professeur LECÈNE

Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, 27 avril 1929.

« J'ai vu récemment un cas de cholécysto-gastrostomie que j'avais faite quatre ans auparavant pour un ictère chronique dû à une pancréatite chronique, et qui a présenté des complications sérieuses.

Il s'agissait d'un homme de 60 ans que j'avais opéré pour un ictère chronique avec amaigrissement et prurit intense.

Je trouvai la tête du pancréas nettement augmentée de volume et indurée. Je pensai qu'il s'agissait d'un cancer et je fis une cholécysto-gastrostomie. Pendant presque quatre ans le malade alla tout à fait bien. Il avait repris du poids et s'alimentait normalement. Je considérai donc cette cholécysto-gastrostomie comme un beau résultat; mais il y a deux mois, je revis mon malade présentant de nouveau de l'ictère, du prurit et de la décoloration des matières. A plusieurs reprises, il avait eu de la fièvre, ces temps dernières (39° le soir). On voyait à la radiographie un reflux très net de la bouillie barytée de l'estomac dans la vésicule biliaire.

Le malade me demanda de réintervenir. Je l'opérai donc ; je supprimai d'abord l'anastomose cholécysto-gastrique ; je suivis la vésicule biliaire jusqu'à la voie principale ; je trouvai alors un gros calcul situé au niveau de la jonction cystico-hépatique et qui était évidemment la cause de l'ictère.

J'enlevai le calcul, je fis la cholécystectomie et je drainai le cholédoque pendant dix jours avec un tube en T. La guérison est actuellement complète, le calcul ne contenait pas de trace de cholestérine, mais était formé uniquement de bilirubinate de chaux. Il était friable et d'odeur fétide. C'était évidemment un calcul secondaire dû à l'infection des voies biliaires par l'anastomose cholécysto-gastrique, infection survenue quatre ans seulement après la première intervention. J'avoue que ce cas a modéré mon enthousiasme pour l'anastomose cholécysto-gastrique lorsqu'il s'agit de remédier à un ictère dû à une pancréatite chronique et non à un cancer. Peut-être, la cholécystostomie simple est-elle préférable dans le cas de pancréatite. Mais elle expose certainement à la fistule biliaire externe et j'ai vu, autrefois, des fistules biliaires prolongées qui ne furent pas sans inconvénient dans ces cas.

En résumé, je pense que le traitement des ictères chroniques avec rétention et décoloration des matières par pancréatite scléreuse reste une question très difficile. Du reste, la lecture des travaux parus sur ce sujet depuis les dix dernières années montre combien sont encore variables les opinions des chirurgiens des différents pays sur le traitement de ces lésions pancréatiques discrètes accompagnées d'ictère chronique. Le drainage de la voie biliaire principale avec cho-

lécystectomie a été proposé dans ces cas. J'avoue que cette opération ne me séduit pas du tout, car, la cholécystectomie faite, il devient très difficile de s'y retrouver lors d'une intervention secondaire; or, celle-ci est souvent indiquée dans ce cas. Je préfère donc, provisoirement, m'en tenir à la cholécystostomie ou à la *cholécysto-gastrostomie*, malgré leurs inconvénients. »

OBSERVATION VIII

(Docteur J. FIOLE, de Marseille)

Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie, 16 nov. 1929.
Observation prise par le Docteur Brunet, interne du Service.

F. E..., 59 ans, entre à l'hôpital en avril 1928 pour se faire opérer d'une hernie; il présente un ictère très foncé, dont il ne se soucie aucunement. Cet ictère est apparu, il y a une huitaine de jours, tandis que depuis trois mois, ses matières sont décolorées.

Pas de douleurs.

Pas de vomissements.

Pas de fièvre.

Le foie déborde le rebord costal, mais ne paraît pas très augmenté de volume.

On ne sent pas la vésicule.

Rate normale, constipation.

A la radio : Légère augmentation de volume du lobe gauche du foie.

Cholestérinémie : 4 gr. 24 p. 1000.

Azotémie : normale.

Bordet-Wassermann : +. 10 piqûres de cyanure sont faites sans résultat apparent.

Examen du sang :

Hématies	3.400.000
Poly-Neutrophiles	79
Poly-éosinophiles	3
Lymphoïdes	2
Grands mono	8
Moyens mono	5

Réaction de Weinberg : +.

On pense qu'il s'agit d'un kyste hydatique; mais une nouvelle radio montre un foie presque normal avec seulement un lobe gauche un peu augmenté de volume.

On propose au malade de l'opérer, mais, à la fin de Mai, l'ictère a tellement diminué d'intensité et le malade a un si bon état général qu'il rentre chez lui.

Il revient à l'hôpital le 25 juin parce que l'ictère a violemment foncé à nouveau.

Mêmes symptômes que précédemment. On va assister encore à des variations de l'ictère et de la coloration des matières, mais moins prononcé qu'en mai.

Opération le 11 juillet 1928; sous éther.

Incision horizontale. Le foie est normal. On découvre une vésicule assez volumineuse, non tendue, que je n'avais pas perçue à la palpation. Elle ne contient pas de calculs.

La voie principale apparaît distendue, du volume de l'auriculaire.

L'exploration externe ne décèle aucun calcul dans le cholédoque. Par contre, le pancréas est gros, bosselé.

Après avoir amorcé un décollement duodéno pancréatique, j'incise le cholédoque qui laisse couler une bile verte, abondante, non mêlée de pus, et j'explore avec le catheter de Desjardins. En haut, aucun obstacle. En bas, à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'ampoule de Vater, on est arrêté; mais, en insistant, on arrive à passer l'explorateur qui est du petit modèle; en le ramenant, on a une sensation de ressaut, comme pour un rétrécissement urétral. L'explorateur moyen ne passe pas.

En palpant au niveau de l'arrêt, on sent extérieurement un épaississement localisé, qui se différencie assez mal du reste de la glande, elle-même un peu grosse et sclérosée. Mon impression, très ferme est que je suis en présence d'une pancréatite chronique, l'aspect fibreux du rétrécissement, son degré avancé, me font craindre que l'issue de la bile par l'incision exploratrice du cholédoque ne devienne définitive et incurable. Pour donner au malade une chance de fermeture spontanée, ou bien encore pour me donner à moi même, à l'occasion, la possibilité de tenter plus tard une suture du canal, je prépare une dérivation interne en abouchant la vésicule à l'estomac, cela est facile actuellement, car la vésicule est volumineuse, tandis que plus tard, elle se rétracterait.

Les suites sont d'abord excellentes. Au 4^e jour, l'ictère a tendance de diminuer, il coule un demi litre environ de bile

par jour. Le cinquième jour, signe de congestion pulmonaire, le sixième jour, petite hémorragie pariétale, agitation convulsive. Mort.

Autopsie. — Sang noir coagulé dans la zone opératoire. Aucune réaction péritonéale. L'anastomose cholécysto-gastrique est en parfait état. On enlève le pancréas, le duodénum et le cholédoque.

Au point du canal qui est stricturé, un peu au-dessus de l'ampoule de Vater, on retrouve l'épaississement fibreux perçu au cours de l'opération, gros comme un pois. Le reste de la glande est un peu scléreux.

A l'examen histologique (Docteur Caudière), le pancréas est normal; seul, le point comprimant le cholédoque présente des lésions non douteuses.

Il s'agit d'un cancer très limité.

VI. - Conclusions

La cholécysto-gastrostomie est une opération fort bonne en soi. C'est la plus indiquée dans les cas de cancer de la tête du pancréas et de pancréatite chronique.

Parce que :

1° Elle est facile quand la vésicule est distendue ; il est de règle qu'elle le soit dans le cancer de la tête du pancréas et la pancréatite chronique.

2° L'arrivée de la bile dans l'estomac est sans inconvénient, comme le montrent le grand nombre de gastro-entéro-anastomoses pratiquées tous les ans.

3° Elle permet d'aboucher la vésicule dans un endroit relativement peu septique, et d'éviter ainsi les chances d'infection que donne la cholécysto-jéjuno ou colostomie.

4° Elle ne prive pas un segment du tube digestif de la bile qui lui est nécessaire pour assurer des fonctions digestives normales.

Vu le Doyen,
ROGER.

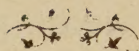
Vu le Président,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Divisions

ADRESSE A MES MAITRES

1° <i>Avant-Propos.</i> — L'acte chirurgical est basé sur l'anatomie, la pathologie, la physiologie.....	11
2° <i>Anatomie.</i> — La région du « duodéno-pancréas » rapports avec la vésicule, les voies biliaires, le côlon, les anses grêles, l'estomac.....	13
3° <i>Pathologie.</i> — Le syndrome « Ictère par rétention ». Pathogénie, étude clinique du cancer des voies biliaires, de la lithiase, du cancer de la tête du pancréas, des pancréatites.	23
4° <i>Physiologie.</i> — La bile peut sans inconvénients être déversée dans l'estomac.	37
Le « Reflux duodénal ». Boldyreff. Références. Pathogénie de l'ulcus (Weiss et Gurriaran). Etude de l'acidité gastrique. Références. Discussion sur la cholécysto-gastrostomie.....	47
5° <i>Observations.</i> — Inédites (Professeur H. Lardennois)... Publiées (Professeur Lecène) (Docteur Thévenard). (Docteur Métivet). (Docteur Fiolle).	
6° <i>Conclusions.</i>	61



Saumur. — Imprimerie M. CHEVALIER

